

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963 THÈSE N°

644

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ETIENNE Jacques

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né le 13 Mai 1936 à PARIS 12^{ème}

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 7 JUIN 1963

LES STAPHYLOCOCCIES

PRÉSIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR JUSTIN BESANÇON

PARIS — 1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

N° -----

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

ETIENNE, Jacques

Externe des Hôpitaux de Paris

Né, le 13 Mai 1936 à PARIS 12^e

Présentée et soutenue publiquement le : 7 JUIN 1963

/ L E S S T A P H Y L O C O C C I E S /

Président : Monsieur le Professeur JUSTIN BESANCON

STAN. 10. 1. 1901

1901

1901

1901

1901



1901

1901

1901

1901

1901

1901

1901

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F)
CHABROL (E), DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD (H), GASTINEL (P), HALPERN (E)
HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAVIER (G),
LEVY SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONOD (R), MOUQUIN (M)
MOREAU (R), MOULONGUET (P), OLIVIER (E), PASTEUR-VALLERY-RADOT,
PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J)
STROHL (A), TANON (L), VERNE (J).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR CORDIER (G)

2e ASSESSEUR CASTAIGNE

I. - PROFESSEURS

I^{er} - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) - Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
	(JAYLE (MF))
Biochimie médicale	(SCHAPIRA (G))
Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	TUCHMANN DUPLESSIS (H)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANON (P)
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	N.....
Médecine du travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J)
Pathologie chirurgicale	N.....
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P)

.../...

1 2 3 4 5 6

Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	(BINET (L)
Physiologie et pathologie obstétricale	(BARGETON (D)
Physique médicale	LEPAGE (F)
Physique médicale	(DOGNON (A)
Radiologie médicale	(DJOURNO (A)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	DESGREZ (H)
Thérapeutique	N.....
Thérapeutique	CONTE (M)

b) - Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	(DESGREZ (P)
Biologie médicale	(POLONOVSKI (J)
Hygiène et médecine préventive	BOURLIERE (F)
Pathologie chirurgicale	DEPARIS (M)
Pharmacologie	LAURENCE (G)
Physiologie	LEVY (Melle J)
Physique médicale	PARROT (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L)

2° - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) - Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) ..	REDON (H)
(Broussais) ..	(N.....
Clinique cardiologique (Beaujon).....	(LORTAT-JACOB (J.L)
(Cochin) ..	(LEGER (L)
(Hôtel-Dieu) ..	(PATEL (J)
(Pitié) ..	(CORDIER (G)
Cliniques chirurgicales (Saint Antoine) ..	(GOSSET (J)
(Salpêtrière) ..	(SICARD (A)
(Tenon) ..	(OLIVIER (Cl)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART D'ALLAINES (F de)

Psychologie expérimentale	.....	1
Psychologie de l'éducation	.....	2
Psychologie de l'enfance	.....	3
Psychologie de l'adolescence	.....	4
Psychologie de l'adulte	.....	5
Psychologie de la vieillesse	.....	6
Psychologie de la personnalité	.....	7
Psychologie de la motivation	.....	8
Psychologie de la cognition	.....	9
Psychologie de la mémoire	.....	10
Psychologie de l'apprentissage	.....	11
Psychologie de la résolution de problèmes	.....	12
Psychologie de la prise de décision	.....	13
Psychologie de la communication	.....	14
Psychologie de la santé	.....	15
Psychologie de la réhabilitation	.....	16
Psychologie de la justice	.....	17
Psychologie de la criminalité	.....	18
Psychologie de la toxicomanie	.....	19
Psychologie de l'alcoolisme	.....	20
Psychologie de la dépendance	.....	21
Psychologie de la dépression	.....	22
Psychologie de l'anxiété	.....	23
Psychologie de la schizophrénie	.....	24
Psychologie de la maladie mentale	.....	25
Psychologie de la thérapie	.....	26
Psychologie de la psychoanalyse	.....	27
Psychologie de la psychanalyse	.....	28
Psychologie de la psychanalyse	.....	29
Psychologie de la psychanalyse	.....	30

2 - Psychologie et autres domaines :

Psychologie expérimentale	.....	1
Psychologie de l'éducation	.....	2
Psychologie de l'enfance	.....	3
Psychologie de l'adolescence	.....	4
Psychologie de l'adulte	.....	5
Psychologie de la vieillesse	.....	6
Psychologie de la personnalité	.....	7
Psychologie de la motivation	.....	8
Psychologie de la cognition	.....	9
Psychologie de la mémoire	.....	10
Psychologie de l'apprentissage	.....	11
Psychologie de la résolution de problèmes	.....	12
Psychologie de la prise de décision	.....	13
Psychologie de la communication	.....	14
Psychologie de la santé	.....	15
Psychologie de la réhabilitation	.....	16
Psychologie de la justice	.....	17
Psychologie de la criminalité	.....	18
Psychologie de la toxicomanie	.....	19
Psychologie de l'alcoolisme	.....	20
Psychologie de la dépendance	.....	21
Psychologie de la dépression	.....	22
Psychologie de l'anxiété	.....	23
Psychologie de la schizophrénie	.....	24
Psychologie de la maladie mentale	.....	25
Psychologie de la thérapie	.....	26
Psychologie de la psychoanalyse	.....	27
Psychologie de la psychanalyse	.....	28
Psychologie de la psychanalyse	.....	29
Psychologie de la psychanalyse	.....	30

3 - CHAÎNES DE RECHERCHE LIÉES

3 - Psychologie et autres domaines :

Psychologie expérimentale	.....	1
Psychologie de l'éducation	.....	2
Psychologie de l'enfance	.....	3
Psychologie de l'adolescence	.....	4
Psychologie de l'adulte	.....	5
Psychologie de la vieillesse	.....	6
Psychologie de la personnalité	.....	7
Psychologie de la motivation	.....	8
Psychologie de la cognition	.....	9
Psychologie de la mémoire	.....	10
Psychologie de l'apprentissage	.....	11
Psychologie de la résolution de problèmes	.....	12
Psychologie de la prise de décision	.....	13
Psychologie de la communication	.....	14
Psychologie de la santé	.....	15
Psychologie de la réhabilitation	.....	16
Psychologie de la justice	.....	17
Psychologie de la criminalité	.....	18
Psychologie de la toxicomanie	.....	19
Psychologie de l'alcoolisme	.....	20
Psychologie de la dépendance	.....	21
Psychologie de la dépression	.....	22
Psychologie de l'anxiété	.....	23
Psychologie de la schizophrénie	.....	24
Psychologie de la maladie mentale	.....	25
Psychologie de la thérapie	.....	26
Psychologie de la psychoanalyse	.....	27
Psychologie de la psychanalyse	.....	28
Psychologie de la psychanalyse	.....	29
Psychologie de la psychanalyse	.....	30

Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)	
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)	
Clinique de génétique médicale (Enfants malades)	LAMY (M)	
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK BRENTANO (P)	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)	
Clinique des maladies des enfants (Enfants Malades)	CATHALA (J)	
Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard)	MOLLARET (P)	
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)	
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J)	
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)	
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)	
	(Boucicaut	LENEGRE (J)
	(Broussais	SOULIE (P)
	(Cochin	JUSTIN BESANCON
Cliniques médicales	(Cochin	BROUET (G)
	(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	(Lariboisière	SEZE (S.de)
	(Pitié	DREYFUS (G)
	(Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)	
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L.de)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel Dieu)	DEROT (M)	
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)	
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)	
Cliniques obstétricales	(Baudelocque	LACOMME (M)
	(Foch -(Suresnes)	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)	
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)	
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M)	
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants Malades)	MARIE (J)	
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E)	
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)	
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)	
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)	

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine) ..	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P)
Séméiologie médicale	DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)

b) - Professeurs à titre personnel :

	(BOUR (H)
Médecine	(LHERMITTE (F)
	(PEQUIGNOT (H.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE,

PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

	MM.
	(CABROL (C)
	(GOUINAUD (C)
Anatomie	(GILLOT (C)
	(OLIVIER (G)
	(GAUTHIER VILLARS (MelleP)
	(pr.s.ch.
	(ABELANET (R)
	(BUSSE (F)
	(CHOMETTE (G)
Anatomie pathologique	(GOUYGOU (Ch) M.conf.
	(NEZELOFF (Ch)
	(ORCEL (L)
	(PAILLAS (J)
	(KERN (E)
Anesthésiologie	(VOURC'H (G)
	(BARBIER (P)
	(CHRISTOL (D)
Bactériologie	(LE MINOR (L)
	(TOURNIER (P)

Biochimie médicale	(BAULIEU Et.m.Conf. (BOURILLON (R) (CARTIER (P) (DREYFUS (J.C1) (GONNARD (P) (KRUH (J) (JEROME (H)
Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports	PLAS (F)
Carcinologie	(BOIRON (M) (DENOIX (P) (MATHE (G) (SELIGMANN (M)
Dermato-syphiligraphie	(CIVATTE (J) (DUPERRAT (B)
Electro-radiologie	LEDoux-LEBARD (G)
Hématologie	(BESSIS (M) (BILSKI-PASQUIER (G) (DAUSSET (J) (DUHAMEL (G)
Histologie	(COUJARD (R) pr.s.ch. (MAROIS (M) (RACADOT (J)
Hydrologie	(BESANCON (F) (CORNET (A)
Hygiène	(BOYER (J) pr.s.ch. (BLANCHER (G) (CORRE HURST (Mme L) (SAPIN JALOUSTRE (H)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R) (DUPONT (V)
Médecine légale	(DERObERT (L) pr.s.ch? (FOURNIER (E) (GUENIOT (M) (HADENGUE (A)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B)

22

111

[illegible]

60

1

	(GRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(LE LORIER (G)
	(LEVY (J)
Obstétrique	(MORIN (P)
	(MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(SENEZE (J)
	(SUREAU (C)
	(THOYER ROZAT (J)
	(BREGEAT (P)
Ophtalmologie	(DUBOIS (A)
	(SARAUX (H)
	(JUDET (R)
Orthopédie	(MEARY (R)
	(POSTEL (M)
	(RAMADIER (J)
	(DEBAIN (J)
Oto-rhino-laryngologie	(PIALOUX (P)
	(GOLVAN (Y)
Parasitologie	(LAPIERRE (J)
	(CARCAT (J)
	(BINET (J.P)
	(CAUCHOIX (J)
	(CERBONNET (G)
	(CHATELIN (C.L)
	(DUBOST (Ch)
	(DUBOST (Cl)
	(FAUREL (J)
	(FLABEAU (F)
	(GARBAY (M)
	(GARNIER (H)
Pathologie chirurgicale	(GAUDART D'ALLAINES (Cl de)
	(GERMAIN (A)
	(LATASTE (J)
	(LEVEQUE (B)
	(LOYGUE (J)
	(MERCADIER (M)
	(NATALI (J)
	(PELLERIN (D)
	(PERROTIN (J)
	(ROBERT (H)
	(THOMERET (G)

Pathologie exotique.....	SCHNEIDER (J)
	(BENHAMOU (J.P)
	(BERTHAUX (P)
	(BOIVIN (P)
	(CROSNIER (J)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)
	(MIKOL (C1)
	(RICHEL (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGÉ (A)
	(CATINAT (J)
	(CHRETIEN (J)
	(COBLÉNTZ (B)
	(CONTAMIN (F)
	(COURY (C)
Pathologie médicale	(ETIENNE (J.P)
	(FREZAL (J)
	(FRITEL (D)
	(HENNEQUET (A)
	(HIMBERT (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (C1)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(MOREAU (L)
	(NICK (J)
	(ROYER (P)
	(TOURNEUR (R)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
	(LAFOURCADE (J)
	(LEPERCQ (G)
Pédiatrie-puériculture	(MANDE (R)
	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
	(VIALATTE (J)

Pharmacologie	(BOISSIER (J) (LECHAT (P) (BARRES (G) (DEJOURS (P) (DURAND (J)
Physiologie	(GIRARD m.conf. (HUGELIN (A) (SCHERRER (J) (CHANTEUR (J) (GOUGEROT (L) m.conf. (pr.s.ch.
Physique médicale	(GREMY (F) m.conf. (MILHAUD (G) (PELLERIN (P) (ROUCAYROL (J.C1) (TUBIANA (M) m.conf. (KREIS (B)
Pneumo-ptisiologie	(MEYER (A) (RENAULT (P)
Psychiatrie	PICHOT (P) (DENIKER (P)
Psychiatrie infantile	(DUCHE (D) (FLAVIGNY (H) (LAPRESLE (J)
Rhumatologie	DELBARRE (F) (CERNEA (P)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A) m.c.agr. (GRELLET (M) (CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	(LAMOTTE (M) (MARCHE (J) (AUVERT (J)
Urologie	(MOULONGUET (A) (QUENU (L)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES

DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre personnel

MM.

Anatomie	DEBEYRE (J)
	(ABOULKER (P)
Clinique chirurgicale	(AMELINE (A) pr.s.ch.
	(VERNE (J.M)
	(PERRAULT (M)
Clinique médicale	(RAMBERT (P)
	(THIEFFRY (S)
	(GRASSET (J)
Clinique obstétricale	(MAYER (M)
	(DESVIGNES (P)
Clinique ophtalmologique	(OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES

ETRANGERES.

Bactériologie	HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) pr.s.ch.

V. - CHARGE DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET
UNIVERSITAIRE

BOLTANSKY (E)
LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J)

Secrétaire principal Melle CHAINTREUIL (G)

Conservateur en chef de la Bibliothèque)
Conservateur du Musée d'Histoire de la).. M. le Docteur HAHN (A)
Médecine)

Conservateur Melle DUMAITRE (P)

Mmes CONTET (J) FORGET (F)
Melles LAURENT (H),
LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté
que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront
présentées, doivent être considérées comme propres à leurs
auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
ni improbation.

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES PARENTS

Modeste témoignage de ma profonde
reconnaissance.

A Monsieur le Professeur JUSTIN BESANCON

Professeur de Clinique Médicale

Hôpital Cochin

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de notre thèse.

Hommages respectueux.

I N T R O D U C T I O N

Les staphylocoques appartiennent à une famille microbienne très répandue dans la nature. Tous ont une morphologie et des propriétés tinctoriales similaires. Certains sont inoffensifs pour l'homme. D'autres au contraire sont pathogènes et reconnus par leurs caractères propres :

- coloration dorée
- sécrétions toxinique et enzymatique.

Les lésions produites par les staphylocoques pathogènes sont très disparates. Ces germes peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme : revêtement cutané, muqueuses, viscères, articulations, méninges, réalisant une septicémie à localisations multiples et spécialement grave.

La gravité des localisations staphylococciques tient aux caractères même du germe en cause.

Les propriétés pathogènes des staphylocoques sont en effet très développées. Leur pouvoir pyogène, leur tendance nécrosante, leur aptitude thrombosante, leur action fibrinolytique leur résistance aux antibiotiques, sont autant d'éléments qui expliquent la gravité des infections staphylococciques et leur ténacité.

L'organisme, même après plusieurs épisodes infectieux, ne développe aucune immunité. Un certain état de sensibilisation allergique peut se manifester. Les foyers staphylococciques ont tendance à s'enkyster et à continuer d'évoluer malgré le traitement antibiotique.

Ces faits expliquent comment les infections staphylococciques, souvent produites actuellement par des souches résistantes, peuvent à partir de lésions localisées, se propager par voie sanguine sous forme de petits thrombus chargés de microbes, opposer une barrière à la pénétration des antibiotiques, s'enkyster dans des foyers divers d'où partent de nouveaux embols.

Nous nous proposons dans cette étude, de rappeler les éléments cliniques et thérapeutiques des différentes localisations staphylococciques.

Pour la commodité de l'exposé, nous envisagerons successivement les différentes localisations. Il n'en faut pas moins oublier qu'elles peuvent coexister. L'une d'elles prédomine et donne au tableau clinique une allure particulière.

Nous étudierons :

- les staphylococcies cutanées
- les septicémies
- les staphylococcies respiratoires
- les staphylococcies digestives

- les staphylococcies osseuses
- les staphylococcies urinaires
- les localisations nerveuses.

-- LES STAPHYLOCOCCIES CUTANÉES --

Les staphylocoques peuvent être à l'origine de différentes lésions cutanées :

- folliculites superficielles
- folliculites profondes
- furoncle
- anthrax
- furunculose
- hidrosadénite
- pyodermites diverses

A - LES FOLLICULITES SUPERFICIELLES

Les staphylocoques ont tendance à s'infiltrer dans la gaine du poil et y déterminent en surface les folliculites superficielles. Autour de l'ostium, on note d'abord une élévation rouge, puis apparaît une petite pustule qui crève, le pus se concrétant en croûte.

Si plusieurs lésions de ce type s'associent, l'aspect réalisé est celui de l'impétigo de Bockhart.

Le traitement consiste à ouvrir les pustulettes avec une aiguille stérilisée et à aspirer le pus avec un tampon

imbibé d'éther et à faire un attouchement avec de l'alcool iodé à 1% ou avec une solution de colorant contenant dans 100 cm³ d'alcool à 60°, du cristal violet et du vert de méthyle (à 0,50 g - c'est la solution de Milian).

On peut utiliser encore la solution suivante :

- Alcool à 60° 100 cm³
- Eosine 2 gr.

On peut remplacer l'éosine par 0,5 gr de violet de gentiane ou 0,5 gr de violet de méthyl.

On peut encore utiliser :

- le mercurochrome à 2%

Après cette désinfection **locale**, on recouvre avec une pommade à l'oxyde de zinc ou une pommade antibiotique (auréomycine - terramycine - bacitracine - néomycine).

A la période des croûtes, il sera conseillé de les faire tomber avec des compresses imbibées d'eau d'Alibour ou au moyen de pulvérisations aqueuses avec l'appareil de Lucas-Championnière.

Après la chute des croûtes, on reprendra le traitement décrit au début de ce paragraphe.

Les orgelets sont des folliculites superficielles localisées aux paupières.

A la classique vaseline à l'oxyde jaune de mercure qui est parfois un peu irritante, il vaut mieux préférer les pommades antibiotiques.

B. - LES FOLLICULITES PROFONDES

L'infection staphylococcique peut gagner les plans profonds avec petits abcès en bouton de chemise, le poil et sa racine baignent dans le pus.

Lorsqu'elles sont confluentes, ces folliculites profondes forment des placards tuméfiés, infiltrés, chroniques, récidivants.

C'est le sycosis de la barbe, du cuir chevelu, de la nuque.

Il faut se garder de faire usage du rasoir, mais couper les poils aux ciseaux.

On fera tomber les croûtes comme nous l'avons indiqué pour les folliculites superficielles. Ensuite, on appliquera de l'alcool iodé ou un colorant, et des pommades aux antibiotiques.

L'antibiothérapie par voie générale peut être utile dans les formes étendues. On pourra réaliser un antibiogramme ou avoir recours d'emblée à l'érythromycine (2 gr. par jour) à la spiramycine (4 gr. par jour), à la magnamycine (2 gr. par jour).

Si l'infection est tenace, il faut épiler par radio-thérapie ou mieux à la pince poil par poil.

Dans les sycosis sous-narinaires, il sera bon de traiter en même temps la rhinite qui sert de source d'infection.

C. - LE FURONCLE

Le furoncle est une folliculite profonde avec péri-folliculite nécrosante.

Au début, on peut espérer le faire avorter par application matin et soir de teinture d'iode (1gr) dans l'acétone (10gr), le pourtour étant désinfecté à l'alcool camphré.

On peut essayer la radiothérapie anti-inflammatoire à raison de 2 ou 3 séances de 100 r. chacune, sur 2 à 4 jours.

Si l'infection continue, il faut se garder d'essayer de faire murir par application de pansements humides, surtout avec imperméable, la macération de la peau pouvant **essaïmer** l'infection.

ROSENTHAL détruit au thermocautère tout furoncle diagnostiqué.

DARCISSAC introduit après drainage au glavanocautère une mèche imbibée d'acide trichloracétique.

D'autres injectent de la pénicilline ou un bactériophage dans la tumeur inflammatoire.

En fait toutes ces pratiques sont à proscrire car elles ne sont pas sans danger. Ce n'est que lorsque le bourbillon tarde à s'éliminer qu'il faut l'extraire à la pince sans l'arracher.

Mais il ne faut jamais l'exprimer car on risque d'emboliser de petits thrombus infectés à l'origine d'une septicémie.

Il reste à remplir la cavité d'une pommade aux antibiotiques, et à continuer toujours à préserver la région cutanée avoisinante par lavages à l'alcool camphré ou iodé et applications de pâte à l'oxyde de zinc ichtyolé.

Insistons encore sur ce point capital : aucune manoeuvre intempestive ne doit être pratiquée au niveau d'un furoncle.

D. - 1'ANTHRAX

L'anthrax résulte d'un amas de plusieurs furoncles, voisins les uns des autres et formant un cratère pustuleux, purulent, où apparaîtront autant de bourbillons qu'il y aura de furoncles.

Le traitement de l'anthrax est analogue à celui du furoncle.

Mais lorsque les tissus nécrosés sont importants, il sera bon de les enlever par un geste chirurgical.

L'incision en croix avec résection de tous les tissus nécrosés attenants aux quatre triangles ainsi délimités est classique.

L'application locale d'antibiotiques, la désinfection et la protection de la peau avoisinante, s'imposent comme dans le cas de furoncle.

Mais si une intervention chirurgicale est nécessaire l'usage des antibiotiques par voie générale est indispensable, comme dans les septicémies. Ces antibiotiques devront encadrer le geste chirurgical et être poursuivis jusqu'à la guérison post-opératoire.

E. - LA FURONCULOSE.

Elle est caractérisée par une répétition des furoncles et des anthrax. Les deux manifestations peuvent coexister ou alterner.

Les traitements de chaque lésion ne diffèrent pas de ceux des accidents isolés. Mais ils n'en préviennent pas le retour.

Il est nécessaire de traiter l'état général du malade. Il est de bonne règle de rechercher un diabète, avec une glycosurie ou même une hyperglycémie isolée sans glycosurie.

On corrigera les troubles nutritifs et relèvera l'état général par des toniques.

La nourriture sera riche, même si le malade est fébrile, en évitant les aliments fermentescibles.

Au cours de la furonculose, le plus souvent l'examen clinique demeure négatif.

Il est classique de prescrire de la levure de bière, les vitamines B et F, du phosphate de chaux, de la vitamine D.

Les mesures d'hygiène sont très importantes. Les staphylocoques pathogènes persistent longtemps à la surface de la peau, surtout dans la zone où a évolué le furoncle. C'est le plus souvent par grattages et par frottements que la réinfection s'opère.

Il est bon, pendant plusieurs semaines de nettoyer ces zones matin et soir à l'éther, de broser les ongles tous les jours et d'instiller dans les espaces sous-onguéaux une goutte d'alcool iodé à 1% une fois par jour.

Il faut aussi prescrire des bains chauds avec savonnage généralisé, fréquents.

Les points de frictions répétées doivent être évités ainsi : un col trop serré, des jarretelles irritantes.

Il faut songer à désinfecter les portions de vêtements qui collent à la peau.

Le cuivre, le zinc, l'étain ont des propriétés anti-staphylococciques. Les deux premiers sont les principes actifs de l'eau d'Alibour.

Pendant longtemps on a préconisé des injections intra-veineuses de 5 cm³ d'une solution de sulfate de cuivre à 2%.

Les sels d'étain ne sont pas sans intérêt.

Le stalinon n'a eu qu'un temps d'utilisation puisque sa toxicité l'a fait retirer du commerce.

Dès qu'un furoncle apparaît, il faut tenter de le faire disparaître par la teinture d'iode et donner aussitôt des antibiotiques per os.

Mais dans les cas récidivants, il faut mettre en oeuvre la vaccinothérapie. Il ne s'agit pas de créer une immunité. Le furonculeux est un sujet allergisé. Par les réactions focales spécifiques qu'il entraîne, le vaccin a une action abortive.

Ce traitement vise surtout à désensibiliser l'organisme.

Il faudra agir avec prudence, progressivement et ne pas faire plus d'une injection tous les 3 à 4 jours.

L'anatoxine staphylococcique ne suffit pas. Il faut injecter des corps microbiens, soit simultanément, soit alternativement.

Dans le premier cas, on utilise le Divasta de l'Institut Pasteur dont on pratique des injections cutanées aux doses suivantes, tous les 4 jours :
0,1 - 0,15 - 0,20 - 0,30 - 0,50 - 0,70 - 1 - 1,25 - 1,50 -
et 2 cm³ trois fois.

Si les réactions du sujet ne sont pas trop importantes on peut pratiquer une progression plus rapide et faire successivement en respectant l'intervalle de 4 jours :

0,1 - 0,25 - 0,50 - 0,75 - 1 - 1,25 - 1,50 - 1,75 -
2 cm³ deux à 4 fois.

On peut alterner l'anatoxine staphylococcique et le vaccin anti-staphylococcique.

Il ne semble pas que les effets de l'autovaccin soient supérieurs à cette méthode.

F. - L'HIDROSADENITE

Il s'agit de l'infection staphylococcique des tubes glandulaires de la peau, provoquant des folliculites profondes.

l'hydrosadénite ou abcès tubéreux de l'aisselle nécessite un geste chirurgical pour l'évacuer. Elle est particulièrement récidivante. Parfois, des plasties cutanées du creux de l'aisselle sont nécessaires.

G. - PYODERMITES DIVERSES

Les staphylocoques peuvent infecter la peau au niveau de ses différentes couches déterminant des infections pustuleuses non folliculaires.

- impétigo
- pemphigus du nouveau-né
- des lésions végétantes
- des dermites à placards erysipélateoïdes dont le cas le plus grave est la staphylococcie maligne de la face sur laquelle nous reviendrons à propos des septicémies.
- des nodules inflammatoires
- des abcès hypodermiques
- l'infection staphylococcique peut se greffer sur des lésions cutanées pré-existantes.
- eczéma
- prurigo
- plaies

Les traitements locaux sont analogues à ceux que nous avons décrits.

Il convient encore de citer le panaris qui réalise une infection staphylococcique des doigts. Les panaris peuvent rester localisés ou diffusés, atteignant les articulations, les phalanges, la gaine des fléchisseurs. L'atteinte de la gaine des fléchisseurs du pouce est la plus grave.

Tout l'intérêt des staphylococcies cutanées est qu'elles sont la porte ouverte aux septicémies et aux localisations viscérales. On les retrouve souvent dans les antécédents de ces dernières car elles sont fréquentes.

.../...

-- LES SEPTICEMIES A STAPHYLOCOQUES --

Une septicémie à staphylocoques est une infection générale consécutive à des décharges importantes et réitérées dans le sang de staphylocoques et de leur toxine.

Ces germes proviennent d'un foyer, septique connu ou non.

Les staphylococcémies se présentent rarement sous forme septicémique pure, mais plus souvent sous forme de septicopyohémie.

On recherchera toujours une porte d'entrée le plus souvent cutanée.

A - LA FORME SEPTICEMIQUE PURE

Elle est rare. Il s'agit d'une staphylococcémie sans localisation apparente.

Le début est brutal, marqué par :

- une altération de l'état général
- de la fièvre
- des troubles digestifs
- une déshydratation
- On peut noter assez souvent une hépato-splénomégalie
- l'hémoculture mettra en évidence le staphylocoque pathogène.

B. - LA STAPHYLOCOCCIE MALIGNE DE LA FACE

C'est le siège de la porte d'entrée qui confère à cette forme un caractère particulier.

C'est un furoncle de la lèvre supérieure ou de l'aile du nez qui, le plus souvent, après des traumatismes intempestifs, s'étend brutalement.

Il apparaît un placard érysipélateux dur infiltré, déformant l'hémiface avec chémosis, pustules, enchassé dans le derme, sans bourrelets périphérique.

Ces lésions locales s'accompagnent d'une thrombose des veines palpébrale et angulaire.

Les signes généraux sont intenses. L'hémoculture est positive.

C. - LES STAPHYLOCOCCIES A FORME SEPTICO-PYOHÉMIQUE

Ce sont les plus fréquentes. Très rapidement des métastases suppurées et nécrotiques vont apparaître modifiant la symptomatologie.

Elles débutent par un syndrome septicémique mais très vite la localisation suppurée va attirer l'attention.

Parfois toutes les métastases surviennent d'emblée et le tableau clinique est spécialement grave.

L'antibiothérapie massive est de règle et elle devra être longtemps administrée car le passage à la chronicité est possible.

Les localisations métastatiques pouvant survenir au cours des septicémies à staphylocoques sont multiples. Le tableau septicémique peut les masquer, plus souvent elles dominent la symptomatologie.

Nous envisagerons ces localisations métastatiques dans les chapitres suivants de notre exposé.

Nous avons déjà vu certaines localisations cutanées qui, non seulement peuvent être responsables de la septicémie, mais peuvent aussi apparaître pendant son évolution. Ce sont en particulier les pyodermites.

D. - TRAITEMENT

Dès le diagnostic fait, une antibiothérapie massive sera aussitôt mise en route. Les prélèvements sanguins ou urinaires pour la recherche du staphylocoque et l'étude de sa sensibilité auront été pratiqués avant le début du traitement.

Selon la gravité de la septicémie, on pourra administrer la pénicilline, soit par voie intra-musculaire, soit en perfusion. Plutôt que les pénicillines-retards, il vaut mieux administrer des pénicillines à action rapide que l'on renouvellera toutes les 3 heures en injection intra-musculaire.

On associera à la pénicillinothérapie de la streptomycine par voie intra-musculaire à la dose de 1 à 2 g. par jour en 2 fois.

On peut aussi associer :

- de l'érythromycine : 2 g. par jour
0,05 à 0,75 g. par kilo et par jour chez l'enfant.
- de la rovamycine : 4 g. par jour
0,10 g. par kilo et par jour chez l'enfant
- de la magnamycine : 2 g. par jour
0,02 à 0,04 g. par kilo et par jour chez l'enfant
- de la tifomycine : 2 g. par jour
0,05 g. par kilo et par jour chez l'enfant.

Il convient de surveiller particulièrement la formule sanguine.

On peut encore utiliser de l'oléandomycine ou son dérivé triacétylé (T.A.O.) ou les tétracyclines.

La staphylomycine et la pénétracyne d'apport récent donnent de bons résultats.

Après les résultats de l'antibiogramme, on associera différents antibiotiques afin d'obtenir un effet bactériostatique et bactéricide important. Ainsi l'antibiothérapie sera adaptée à la sensibilité du germe.

Pour prévenir les accidents de l'antibiothérapie, il faut systématiquement administrer des ferments lactiques, des vitamines B et de la mycostatine (deux comprimés par jour).

l'emploi des anticoagulants est discutable, la lyse des caillots pouvant favoriser les migrations.

Pourtant dans les staphylococcies malignes de la face où le danger de la thrombo-phlébite des sinus caverneux est si grave, il est sage d'injecter 3 à 4 fois par jour 100 mg d'héparine par voie intra-veineuse.

Dans les septicémies d'origine génitale, l'élément thrombo-phlébitique est aussi prédominant et commande l'administration d'héparine.

La corticothérapie est utile à la dose de 2 à 5 mg par kilo et par jour de delta hydrocortisone chez l'enfant et de 200 mg de cortisone chez l'adulte.

On peut aussi utiliser la métacortandracine (40 à 60 mg par jour) la dihydro-cortisone (100mg) l'A.C.T.H. (100mg). Ces doses sont pour les sujets adultes.

L'hormonothérapie a pour effet de faire tomber la température et de favoriser par son action anti-inflammatoire, le dékystement des foyers profonds.

Il ne faut jamais avoir recours à elle sans l'associer aux antibiotiques.

L'action hormonale est inconstante.

A côté de l'antibiothérapie et de l'hormonothérapie, il conviendra de soutenir l'état général par des transfusions, des perfusions, une vitaminothérapie et une alimentation riche hyperprotidique.

L'alimentation ne devra pas être suspendue si le malade est fébrile. On sait en effet que la septicémie à staphylocoques est de longue durée.

Le traitement ne sera arrêté que 15 jours après la normalisation de la vitesse de sédimentation. Ces malades seront ultérieurement surveillés régulièrement.

LES STAPHYLOCOCCIES

DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

A - Les voies aériennes supérieures peuvent être atteintes.

Il peut s'agir de rhinites, de rhinopharyngites à staphylocoques, que seul l'examen bactériologique permettra de dépister.

Elles sont justiciables d'installations nasales, de pommades antibiotiques.

Les folliculites endo-narinales peuvent être efficacement traitées par l'application d'un tampon de coton imbibé d'eau d'Alibour, suivie une demi-heure après de l'introduction dans la narine d'un peu de pommade à l'oxyde de zinc ou à un antibiotique.

B - Beaucoup plus intéressantes sont les staphylococcies pulmonaires.

Elles sont graves et surtout fréquentes chez le nourrisson.

Elles seront prévenues par l'isolement des nourrissons dans les crèches, l'hygiène stricte du linge, des mains, des boxes.

Ces localisations pulmonaires peuvent néanmoins être observées à tout âge.

Elles peuvent provenir d'une infection descendante ou de la localisation d'une septicémie, qui passe souvent inaperçue, de telle sorte que la localisation pulmonaire apparait primitive.

- Cliniquement les staphylococcies pulmonaires peuvent revêtir plusieurs aspects. Nous décrirons ici la forme du nourrisson.

L'atteinte porte en premier sur le poumon, la contamination se faisant vraisemblablement par voie bronchique.

A partir de cette pneumonie-staphylococcique, évoluent des pneumopathies bulleuses, très caractéristiques ou des complications pleurales.

Le début de la localisation pleuro-pulmonaire du staphylocoque est constamment brutal.

Brusquement, le nourrisson change d'aspect, refuse de boire et présente parfois des troubles digestifs.

On note une élévation thermique et des signes d'atteinte respiratoire.

L'enfant est immobile, pâle, cyanique, très asthénique, dyspnéique.

Il existe:

- un battement des ailes du nez
- un tirage
- une cyanose des lèvres et des ongles
- la toux est inconstante

Les troubles digestifs et le ballonnement abdominal sont importants.

Les clichés thoraciques vont montrer des images caractéristiques.

- Opacité d'un hémithorax avec, le plus souvent, attraction du médiastin et du diaphragme, pincement costal
- Opacité segmentaire de siège variable
- Parfois une réaction pleurale avec flou sus-diaphragmatique et ligne bordante axillaire
- Rarement l'image thoracique sera normale.

Cette pneumonie sévère doit faire évoquer une origine staphylococcique et mettre en route un traitement intense et urgent, après des prélèvements en vue de rechercher le germe en cause.

La mort en 48 heures est possible, mais sous l'influence du traitement l'amélioration est obtenue.

Cette pneumonie staphylococcique peut guérir ou être l'objet de complications.

- pneumopathies bulleuses
- pneumothorax
- épanchements pleuraux.

- Les pneumopathies bulleuses sont particulières à l'enfant. Elles sont caractéristiques du staphylocoque.

Rarement la bulle est unique, plus souvent les bulles sont multiples.

La bulle isolée avec un niveau liquide évoque l'abcès staphylococcique.

- Le pneumothorax pur est plus rare que le pyo-pneumothorax.

Il s'agit toujours d'épanchements en hyperpression qu'il faudra ponctionner.

Il apparaît en général 10 à 20 jours après le début de la maladie.

Les signes d'insuffisance respiratoire réapparaissent à nouveau. L'examen clinique et radiologique, ainsi que la ponction pleurale, confirmeront le diagnostic.

- Les épanchements pleuraux.

Ils peuvent être associés au pneumothorax, parfois ils ne sont que réactionnels. Le plus souvent il s'agira de pleurésies purulentes.

C - TRAITEMENT

Ces staphylococcies pulmonaires relèvent de l'oxygénothérapie et d'une antibiothérapie par voie générale pratiquée à hautes doses, qui devra être poursuivie jusqu'à la convalescence pendant quelques jours même après la guérison.

Il est difficile d'isoler le germe, surtout chez le nourrisson.

En attendant le résultat de l'antibiogramme ou à défaut de celui-ci, il faut pratiquer le même traitement que dans les septicémies.

Dans les cas graves, on administrera la pénicilline en perfusions veineuses.

En cas d'abcès collectés, après vomique, on peut faire des broncho-aspirations qui seront suivies de broncho-instillations par sonde dirigée. Ceci n'est d'ailleurs pas toujours aisé.

Les aérosols semblent de peu d'efficacité.
Le décubitus en position céphalique peut aider au drainage.

Les pneumopathies bulleuses n'appellent un traitement spécial qu'en cas où le médiastin se trouve déplacé avec dyspnée et cyanose.

Il faut en cas d'urgence, ponctionner directement la bulle à travers la paroi et aspirer à la seringue manoeuvre que l'on peut répéter plusieurs fois, en faisant chaque fois lors du retrait de l'aiguille, une injection traçante d'antibiotique, ce qui n'empêche pas toujours la formation d'un pneumothorax, voire d'un pyopneumothorax si la bulle contient du pus.

Si cette éventualité se produit, et si la bulle continue à grossir par suite d'une fistule bronchique à clapet, malgré les ponctions, ou si l'aspiration aggrave les phénomènes d'asphyxie parce qu'il existe une fistule bronchique béante, il faut alors faire une aspiration continue.

Les pleurésies purulentes et les pyopneumothorax comportent des traitements locaux qui varient selon les cas. La guérison peut survenir par les ponctions avec aspiration du pus et injections in situ d'antibiotiques; ceci se voit surtout dans les pleurésies purulentes pures, plus rarement dans les pyopneumothorax et à la condition qu'ils n'entraînent pas de déplacement du médiastin ou qu'ils soient localisés.

On peut, si l'on est en présence d'une cavité encombrée de fausses membranes, y injecter de la streptodornase, de la streptokynase, ou de la trypsine, ce qui cause parfois des chocs et donne souvent des résultats incomplets.

En cas d'échec, et d'emblée dans le cas de pyopneumothorax généralisé avec déplacement du médiastin, dans les cas de bulles géantes avec troubles respiratoires qui n'arrivent pas à combattre les ponctions avec aspiration discontinue, il faut réaliser le drainage intercostal étanche avec simple siphonage ou en cas de besoin aspirations continues à faible pression.

Il est nécessaire d'exercer une surveillance constante pour obvier à l'obstruction, au déplacement à l'arrachement du drain, régler l'intensité de l'aspiration qui peut être d'ailleurs néfaste quand la fistule pulmonaire est trop grande car l'air inspiré est ainsi éliminé.

En cas de suppuration chronique, intarissable, il faut discuter de l'opportunité de la thoracotomie qui comporte l'évacuation du pus et des fausses membranes, la libération des zones symphysées, parfois la décortication du poumon si la réexpansion pulmonaire s'avère impossible, la fermeture éventuelle d'une fistule, voire une lobectomie ou une résection segmentaire.

Il est difficile de poser l'indication opératoire, car à trop attendre, on risque de se trouver devant une rapide aggravation de l'état général du sujet et de l'infection focale qui peut d'ailleurs se généraliser - à agir trop vite on s'expose à ne pas tirer tout le bénéfice susceptible de se produire, du drainage continu.

STAPHYLOCOCCIES DIGESTIVES

Les staphylococcies digestives sont de deux types :

- Les intoxications alimentaires
- Les entéro-colites

A - LES INTOXICATIONS ALIMENTAIRES

Elles sont liées à l'absorption d'aliments contaminés par des souches de staphylocoques pathogènes qui en se développant ont secrété une endotoxine.

Il s'agit le plus souvent de préparation salées ou sucrées - le staphylocoque poussant très bien sur ces milieux : charcuterie, conserves de poissons, pâtisseries, glaces, crèmes, lait cru infecté par la mammite des vaches.

Dans les 3 heures en moyenne qui suivent le repas, toutes les personnes qui ont absorbé l'aliment infecté, présentent à la fois, nausées, vomissements, céphalées, sueurs profuses, oligurie, état de collapsus cardio-vasculaire, le tout sans fièvre.

Le syndrome dure quelques heures et se termine ordinairement par la guérison. quelques cas de mort peuvent être observés chez les vieillards ou des nourrissons.

L'intoxication est parfois suivie d'une colite infectieuse.

Le traitement de l'intoxication est symptomatique :

- réhydratation
- tonicardiaques
- syncortyl

B- LES ENTERO-COLITES à STAPHYLOCOQUES PATHOGENES

Elles peuvent être primitives.

Plus souvent, elles apparaissent après une antibiothérapie per os.

Il ne peut s'agir que d'une diarrhée banale. L'arrêt de l'antibiotique et les ferment lactiques seront suffisants pour obtenir la guérison.

Parfois ces accidents intestinaux s'accompagnent d'accidents buccaux et anaux et doivent faire penser à une moniliase.

Il faut alors donner de la mycostatine

L'affection peut prendre l'allure d'une neurotoxicoase aiguë, analogue à celle du choléra infantile. Son début est brutal par :

- une diarrhée intense, incoercible
- une déshydratation massive
- un collapsus cardio-vasculaire

.../...

L'examen des selles montre une destruction totale de la flore intestinale habituelle et une pullulation des proteus et de staphylocoques pathogènes résistant à l'antibiotique employé.

Le syndrome peut évoluer en quelques jours vers la mort.

Il peut faire place aussi à une diarrhée trainante susceptible de guérir.

Des ulcérations, buccales et anales, peuvent compliquer ce syndrome. Elles peuvent être dues à une carence associée ou à une moniliase associée.

Le traitement consiste à :

- arrêter l'antibiotique
- administrer de l'érythromycine ou de la rovamycine
- prescrire de la mycostatine
- réhydrater le malade
- combattre le collapsus.

C - LES DIARRHEES à STAPHYLOCOQUES DU NOURRISSON

Elles aussi s'expliquent par une pullulation massive de staphylocoques dans le tube digestif.

Les troubles digestifs sont analogues à deux décrits plus haut, mais leur retentissement sur l'état général de l'enfant est plus important.

Il conviendra de rechercher un foyer staphylococcique initial : otite, pyodermite, panaris, pneumopathie.

Fait important, chez le nourrisson, peut apparaître précocement au cours d'une staphylococcie intestinale aigue, un syndrome précoce hypertoxique, avec état de choc et déshydratation pouvant conduire à la mort en quelques heures, si un traitement efficace n'est pas rapidement entrepris dans un centre spécialisé.

STAPHYLOCOCCIES OSSEUSES

Elles réalisent l'ostéomyélite aiguë particulièrement fréquente chez l'enfant.

L'ostéomyélite aiguë ne doit pas être méconnue.

Toute douleur aiguë survenant brutalement dans un tableau de grande pyrexie et qui s'accompagne d'une immobilisation spontanée du membre douloureux, doit faire évoquer le diagnostic.

La douleur est particulière, sus-articulaire, exécruciante, transfixiante, laissant l'article mobile. L'enfant protège son genou demi fléchi.

On note une tuméfaction sus-articulaire. La peau est lisse, luisante, chaude.

Il n'y a pas de paralysies, pas de lymphangite, pas d'adénopathies inguino-crurales.

Il conviendra de rechercher une porte d'entrée au niveau du membre.

La radiographie au stade de début ne montre rien d'anormal. Elle élimine une fracture.

Sans tarder, on pratiquera une hémoculture et une uro-culture, afin d'isoler le germe.

Aussitôt après, le traitement sera mis en oeuvre associant une antibiothérapie massive et une

.../...

immobilisation plâtrée de l'article.

Il conviendra de suivre régulièrement par des contrôles radiographiques, l'état de l'os, la localisation la plus fréquente est la partie inférieure du fémur.

La guérison peut être obtenue sans qu'apparaisse aucun signe osseux.

Parfois on va noter l'apparition d'une géode sous-périostée évoquant un abcès. Il conviendra alors de drainer chirurgicalement cet abcès.

La guérison est la règle et l'ostéomyélite chronique avec suppuration intermittente, élimination de séquestres osseux, atrophie du membre, ne doit plus se voir.

On peut rapprocher de cette staphylococcie osseuse :

- les arthrites aiguës staphylococciques qui sont rares. Elles peuvent compliquer une ostéomyélite aiguë.

Elles sont justiciables de l'immobilisation plâtrée et des antibiotiques, par voie générale et locale.

- Les spondylites staphylococciques relèvent également de l'immobilisation en coquille plâtrée et d'une antibiothérapie générale à hautes doses.

L'ostéomyélite aigue du nourrisson est particulière en raison de sa localisation particulière à la hanche.

Son début est torpide, parfois marqué par une fausse paralysie.

On recherchera une tuméfaction des parties molles en appréciant le volume comparatif de chaque segment de membre.

La chaleur locale est augmentée. La peau peut-être rouge en regard de la tuméfaction.

Les examens biologiques et radiologiques aideront au diagnostic.

Le traitement antibiotique et l'immobilisation seront de mise.

LES STAPHYLOCOCCIES URINAIRES

Les staphylocoques essaimés par voie sanguine ont une affinité élective pour le rein et la prostate.

Les lésions de pyonéphrite qu'ils déterminent peuvent être :

- des abcès miliaires latents insoupçonnables
- une lésion nécrotique de type furonculaire ou anthracôïde

rarement

- un abcès collecté

Ces lésions n'ont aucune tendance à s'ouvrir dans les bassinets, mais à travers la capsule dans l'espace cellulo-graisseux où elles déterminent l'abcès périnéphrétique.

Au stade de pyonéphrite, le diagnostic est bien différent à faire.

On devra y penser en présence :

- d'une fièvre élevée
- d'une douleur provoquée de l'angle costo-vertébral
- d'une staphylococcie cutanée préexistante ou coexistante
- et même si l'urographie intra-veineuse ne révèle rien d'anormal, ce qui est le cas le

.../...

plus fréquent, car les lésions sont éloignées des calices.

Une antibiothérapie devra être mise en route aussi importante que dans les septicémies.

Si cette antibiothérapie n'agit pas franchement, il ne faut pas attendre plus de 10 jours pour faire une lombotomie, surtout si l'urographie fait alors apparaître une déformation des calices, consécutive à l'extension de l'abcès ou de l'anthrax.

Au stade de périnéphrite avec tuméfaction lombaire, il ne faut pas différer non plus l'intervention et s'attarder à injecter localement des antibiotiques.

Un drainage de la loge rénale sera indispensable.

Ces localisations rénales sont souvent torpides et masquées par une antibiothérapie intempestive.

Les prostatites aiguës relèvent également de l'antibiothérapie générale. Mais si l'abcédation se produit, une incision est nécessaire.

Dans les prostatites chroniques, il faudra souvent réaliser une prostatectomie sous une couverture antibiotique.

Des cystites à staphylocoques peuvent survenir. Elles sont justiciables d'une antibiothérapie locale et générale.

..../...

STAPHYLOCOCCIES NEUROLOGIQUES

Il peut s'agir

d'abcès du cerveau
de méningites
de myélites
d'épidurites

1°/ - Les abcès du cerveau à staphylocoques sont souvent secondaires à une oto-mastoïdite.

Leur traitement consiste après leur localisation par angiographie et ventriculographie à pratiquer un geste neuro-chirurgical : ponction ou incision sous couverture d'antibiotique.

2°/ - Les méningites à staphylocoques

La symptomatologie de ces méningites est assez batarde surtout si elles surviennent chez l'enfant.

Les signes méningés sont discrets ou absents.
Chez le nourrisson, on recherchera :

- une hyperesthésie cutanée
- une hypertonie des membres inférieurs
- un rejet de la tête en arrière
- une fontanelle bombante.

Seul l'examen du liquide céphalo-rachidien permettra d'assurer le diagnostic.

Le traitement sera local et général.

Ces méningites staphylococciques sont tenaces et ont tendance à s'enkyster.

La corticothérapie pourra, ainsi que les substances lytiques, essayer de juguler cet enkystement.

3°/ - Les myélites staphylococciques

réagissent souvent mal aux antibiotiques qui résument ici la thérapeutique.

4°/ - Les épidurites aiguës staphylococciques

réalisent un tableau de compression médullaire à début brutal, avec paraplégie sensitivo-motrice, rachialgies et radiculites. Elles commandent le drainage rapide de l'espace épidural, après laminectomie, sous antibiothérapie.

Les épidurites chroniques bénéficieront d'un traitement identique. Mais les séquelles motrices sphinctériennes sont graves. des fistules intermittentes peuvent se manifester.

L'origine staphylococcique de ces épidurites avant l'intervention ne peut d'ailleurs qu'être soupçonnée, en raison de la préexistence ou de la coexistence d'une staphylococcie cutanée.

C O N C L U S I O N

Les staphylococcies réalisent des aspects cliniques très disparates, suivant le siège de l'atteinte staphylococcique.

Les staphylococcies cutanées sont fréquentes et variées à l'origine

- des folliculites superficielles ou profondes (orgelets - sycosis de la barbe)
- de furoncle et d'anthrax
- de furunculose
- d'hidrosadénite
- de panaris
- d'impétigo, de pemphigus.

Ces lésions staphylococciques cutanées sont elles-mêmes bénignes, malgré parfois leur caractère tenace et récidivant, mais elles sont la porte ouverte aux septicémies à staphylocoques.

Les staphylococcémies réalisent plus souvent une septico-pyohémie ou une staphylococcie maligne de la face qu'une septicémie pure.

Elles se compliquent de métastases infectées à distance : pouvant se localiser à tous les viscères.

.../...

Citons :

- les localisations pleuro-pulmonaires
- avec . la staphylococcie bulleuse du nourrisson
- . le pyopneumothorax
- . les épanchements pleuraux
- les staphylococcies digestives secondaires à une intoxication alimentaire ou responsables d'une entérocolite à staphylocoques pathogènes.
- les staphylococcies osseuses, dominés par l'ostéomyélite aigue.
- les staphylococcies urinaires
- et enfin les localisations méningées.

Toutes ces infections à staphylocoques ont en commun leur gravité particulière en raison :

- de la résistance du germe aux antibiotiques
- de son haut pouvoir pathogène
- de ses propriétés nécrosantes, thrombosantes et fibrinolytiques.

Ceci explique que de nombreuses staphylococcies soient tenaces et récidivantes nécessitant des traitements antibiotiques prolongés.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. JUSTIN BESANCON

Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

AUBERTIN -

Les staphylococcies
Bordeaux médical 1956

BAZAN O. -

Staphylococcus affections of the gastro-intestinal
tract in children.
In arkhiv patologii, Moskva, 1958, 20, n° 10 -
25 - 32.

BEATTY E.C. et HAWES C -

Pseudomembranous enterocolitis in infancy
In Journal of Pediatrics St Louis, 1955, 46, n° 6
654 - 662.

BICKEL G. et RENTCHNIK P. -

Les entérocolites staphylococciques aiguës de la
thérapeutique antibiotique.
In Schweizerische Medizinische Wochenschrift,
Basel, 1954, 84, n° 11, 311-314.

COUTEL Y. et CERBEAUX C. -

Staphylococcies fécales du nourrisson
In Nourrisson Paris, 1956, 44, n° 2 - 53 - 55.

.../...

CRICHTON J.U.-

Chronic staphylococcal entéritis in infants.

In Journal of Pediatrics, St Louis, 1956 - 49 -

n° 5 - 553 - 557.

GARCIA DE LARFE BORGES A - GALIANA J. et BIANCHI DE MENDEZ I.-

Diarreas estafilocócicas

In Archives de Pediatria del Uruguay, Montévideo, 1960

3I, n° 12 - 643 - 652.

HOULLEMARE L.-

Ostéomyélites du nourrisson

Med. Infant. avril 1962, n° 4 - 249 - 255

HUSSAR A.E.-

Staphylococcal enteritis.

Lancet, London, 1956, n° 692I, 506.

JAMBON M. (et al.)

Le syndrome cholériforme de la terramycine.

Montpellier Médical 1952, 41-42, n° 3

JAMBON M. (et Al.)

La flore fécale en cours de traitement par
terramycine.

Montpellier Médical 1952, 95, 41-42 n° 3

MARTYN. -

Relation of staphylococci pyogenic to infantile.
diarrhea and comity.

Brit. Med. J. 1949, 46, 1146.

.../...

MEYER B. -

Méningites à staphylocoques du nourrisson.
Med. Infant. 1962, n° 4 - 245-249

MONNET P. - VIALA J. et PERSILLON. -

Troisième observation d'entérocolite cholériforme
mortelle au cours d'un traitement antibiotique
Lyon Médical, 1954, n° 16, 18 Avril, 339-344.

MORGAN .H.R. -BREESE B.B et GREENDYKE R.M. -

Primary staphylococcal entérocolitis
A.M.A. Journal of Disease of Children. Chicago 1957
93 - n° 5 - 526 - 529

PARAT M. -

Médicaments anti-staphylococciques.
Med. Infant. 1962, n° 4 - 255 - 265

PAUPE J. -

Le staphylocoque.
Med. Infant. 1962, n° 4 - 213-219

SATGE P. -

Les diarrhées à staphylocoques pathogènes
Med. Infantile, 1962, 4 - 219-229.

SELBERG. -

Fatal staphylococcal poisoning of a breast feo-
infant. Whose mother suffered from staphylococcal
mastites.
Acta Obst. et Gynec. Scandiv. 27-275 - 1947.

SEMENOVA E.I.-

Staphylococcal diseases in children under three
months of age.

In pedratija, Moskva, 1960, 38, n° 3 - 8-12.

SIMONY D. -

Septicémies et septicophyhémies à staphylocoques

Med. Infant. 1962 - n° 4 - 235-245

TOLENTINO P. -

The importance of staphylococci in infantile
parenteral gastro-enteritis.

Archives of Disease in Childhood, London 1952

27, n° 133, 262-264

VIALATTE J.-

Staphylococcies pleuro-pulmonaires du nourrisson.

Med. Infant. 1962, 4, 229-235.

WILLEMIN-CLOG L. et BOY J.L.

A propos des formes graves d'entérocolites à
staphylocoques.

Pathogènes. Arch. Franc. de Pédiatrie, 1957 -

14, n° 8 - 884.

T A B L E D E S M A T I E R E S

	Pages

- INTRODUCTION	14
- STAPHYLOCOCCIES CUTANÉES	17
- folliculites superficielles	17
- folliculites profondes	19
- furoncle	20
- anthrax	21
- furunculose	22
- hidrosadénite	25
- pyodermites diverses	26
- SEPTICÉMIES à STAPHYLOCOQUES	27
- Septicémie pure	27
- Staphylococcie maligne de la face	28
- Septico-pyochémies	28
- Traitement	
- STAPHYLOCOCCIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	33
- STAPHYLOCOCCIES DIGESTIVES	40
- Intoxications alimentaires	40
- Entérocrites à staphylocoques	41
- diarrhées à staphylocoques du nourrisson	42
- STAPHYLOCOCCIES OSSEUSES	44
- STAPHYLOCOCCIES URINAIRES	47

	pages

- STAPHYLOCOCCIES NEUROLOGIQUES	49
- abcès du cerveau	49
- Méningites	49
- Myélites	50
- Epidurites	50
- CONCLUSION	51
- BIBLIOGRAPHIE	53

-:-:-:-:-

